

DE

N° 9

L'URÉTHROTOMIE INTERNE

PAR

L'INSTRUMENT DE CIVIALE

(TECHNIQUE ET INDICATIONS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 19 JANVIER 1894

PAR

G. MACASDAR

Né à Constantinople

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON (Concours 1892)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET.....	DOYEN
CARRIEU.....	ASSESEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie	PAULET (O. * * *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	N....
Id.	HÉDON (Ch. du c.)
Pathologie interne	N....
Id.	RAUZIER (Ch. du c.)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants. MM.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TÊDENAT, <i>président.</i>	MM. SERRE, agrégé.
FORGUE, professeur.	ESTOR, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON ONCLE PIERRE CHACHIAN

DOCTEUR EN DROIT

OFFICIER D'ACADÉMIE

A MA TANTE LUCIE MACASDAR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

G. MACASDAR.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

MÉDECIN EN CHEF DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

MÉDECIN-MAJOR DE L'ARMÉE

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL GÉNÉRAL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FLAHAULT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DES SCIENCES

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

SARDA ET DUCAMP

G. MACASDAR.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALLARD

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOPITAUX D'ALGER

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAFAYE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIÉ

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOPITAUX D'ALGER

A MONSIEUR LE DOCTEUR TALLIER

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOPITAUX D'ALGER

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOPITAUX D'ALGER

G. MACASDAR.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VILLARS

MÉDECIN EN CHEF DES HOPITAUX D'AVIGNON

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAMARD

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN EN CHEF DES HOPITAUX D'AVIGNON

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARRE

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOPITAUX D'AVIGNON

A MONSIEUR LE DOCTEUR TAULIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MÉDECIN EN CHEF DES HOPITAUX D'AVIGNON

G. MACASDAR.

INTRODUCTION

Reconnaître les bienfaits d'un instrument inventé par un célèbre praticien, comme Civiale, est plus qu'un devoir; c'est une reconnaissance que nous craignons de ne point savoir offrir assez largement.

C'est ainsi que nous avons été amené, après une série d'observations prises dans le service de M. le professeur Tédénat, à présenter notre modeste étude sur l'uréthrotome de Civiale.

Que M. le professeur Tédénat veuille bien croire à notre plus entière gratitude, pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici notre profonde reconnaissance à M. le professeur Forge, pour l'intérêt qu'il nous a témoigné pendant nos années d'études.

Nous adressons nos vifs remerciements à M. Lassalle, chef de clinique chirurgicale, et à MM. Vedel et Villard, internes des hôpitaux, qui ont bien voulu nous communiquer plusieurs observations recueillies dans le service de M. le professeur Tédénat.

Ancien interne des hôpitaux d'Avignon, nous croirions manquer à notre devoir si nous ne rappelions les deux années si instructives que nous y avons passées sous la direc-

tion de MM. les D^{rs} A. Pamard et Carre, chirurgiens en chef; les D^{rs} Villars et Taulier, médecins en chef. Qu'ils veuillent bien recevoir nos plus sincères remerciements.

MM. les médecins-majors Dumas et Troussaint voudront bien accepter aussi la part qu'ils ont à notre reconnaissance.

Pourrions-nous quitter Montpellier sans rendre hommage à cette vieille Faculté où nous sommes venu puiser nos connaissances médicales et dont les Maîtres seront pour nous l'objet du plus respectueux souvenir ?

DE
L'URÉTHROTOMIE INTERNE

PAR
L'INSTRUMENT DE CIVIALE

(TECHNIQUE ET INDICATIONS)

I

DE L'URÉTHROTOME DE CIVIALE

APERÇU HISTORIQUE. — C'est en 1848, dans ses leçons sur l'uréthrotomie, que Civiale présentait son instrument. Malgré les inconvénients qu'on reprochait aux instruments similaires, qui font l'incision d'arrière en avant, ce fut l'uréthrotome le plus apprécié jusqu'à l'apparition du Maisonneuve, en 1855. Depuis ce temps, le Civiale est tombé de plus en plus en désuétude. Les efforts de Caudmont et de ses élèves n'ont pas réussi à lui conserver la réputation qu'il mérite. Aujourd'hui le Maisonneuve est le seul uréthrotome employé par l'immense majorité des chirurgiens.

Mais un spécialiste éminent, sir Henry Thompson, après avoir essayé le Maisonneuve, est vite revenu à l'emploi ex-

clusif de l'instrument de Civiale, auquel il fit subir d'importantes modifications. D'autres chirurgiens, non moins distingués, tout en reconnaissant à l'uréthrotome de Maisonneuve ses qualités incontestables, emploient celui de Civiale dans certains cas, et ils en ont nettement formulé les indications.

DESCRIPTION. — L'instrument de Civiale se compose de deux parties principales, d'une gaine portant une rainure longitudinale et terminée à l'une de ses extrémités par une olive échancrée (10 à 12 filière Charrière) et d'une tige porte-lame.

Ces deux pièces s'emboîtent l'une dans l'autre.

La gaine est graduée en centimètres et reçoit un curseur qui fixe et limite la longueur de l'instrument qui sera introduit dans l'urèthre. A l'extrémité opposée à l'olive existe une vis de pression qui sert à faire arrêt dans la manœuvre et à empêcher l'instrument d'être désarmé.

La tige porte-lame est montée sur une poignée et s'articule à son extrémité libre au moyen d'une charnière, avec une lame de forme convexe. Sur le dos de cette lame est couchée une languette articulée d'une part avec la pointe de cette lame, et de l'autre dans l'échancrure de l'olive, de façon à transformer le mouvement de descente de la lame en mouvement de bascule en avant. Un ressort muni de crans est fixé à la partie inférieure de la tige qui reçoit l'effet de la vis de pression et règle ainsi les mouvements de la tige porte-lame.

Enfin, une graduation en millimètres sur la partie de la tige qui affleure l'extrémité de la gaine fait connaître le degré d'écartement de la lame.

Une fois que l'olive a franchi le rétrécissement, l'opérateur attire le mandrin porte-lame; au moyen du petit mécanisme situé à l'extrémité olivaire de la gaine, la lame subit un mouvement de bascule pendant lequel elle s'élève et vient sectionner le point rétréci.

La profondeur de l'incision est déduite de la graduation qui règle le degré de projection de la lame.

La tige de l'instrument présente assez de résistance pour qu'on puisse appliquer fortement la lame contre les tissus et les diviser comme on le ferait avec le bistouri.

MODIFICATIONS. — Quelques modifications ont été faites, par Civiale même, sur son premier instrument. Ainsi, dans quelques modèles, la lame fait corps avec la tige porte-lame et le mécanisme de la crémaillère est en dehors. Le talon de la lame est recouvert, afin de diminuer l'étendue du tranchant. Mais des transformations plus importantes ont été réalisées par Caudmont et Thompson.

L'uréthrotome Civiale-Thompson diffère surtout de l'instrument de Civiale en ce que le remplacement terminal, qui mesure 4 millimètres à sa base, ne fait saillie que d'un côté de la tige, ce qui permet d'accrocher plus aisément d'arrière en avant le rétrécissement; en outre, la lame, en devenant saillante, demeure parallèle à la gaine qui l'enfermait, au lieu d'être obliquement inclinée sur elle comme dans l'instrument de Civiale. Caudmont avait fait subir à l'instrument une modification analogue.

Au dernier Congrès de chirurgie, M. Desnos a présenté les quelques modifications qu'il a fait subir à l'uréthrotome de Civiale, modifications qui rendent plus précises les sensations fournies par les différents rétrécissements qu'on a à sectionner. En effet, des olives de calibres différents peuvent être vissées successivement sur la même tige, correspondant exactement au calibre du point rétréci.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS. — On ne saurait trop donner la préférence, dans la chirurgie interne des voies urinaires basée sur des sensations, à un instrument qui sert en

même temps d'explorateur. En effet, l'uréthrotome de Civiale est avant tout une bougie exploratrice à boule olivaire des mieux agencées. Grâce à l'olive terminale on apprécie mieux jusqu'où s'étend le rétrécissement et le point sur lequel l'incision doit commencer en arrière.

Le Civiale étant un instrument rectiligne, sa lame peut être orientée dans tous les sens au gré de l'opérateur.

D'ailleurs la courbure du Maisonneuve, et des instruments similaires qui sectionnent d'avant en arrière, n'est pas destinée à permettre des sections sur les parties membraneuses ou prostatiques de l'urèthre, étant donné que les rétrécissements sont extrêmement rares dans ces régions.

Cette courbure, calculée sur la courbure normale de l'urèthre (recherches de Gély), a pour but de faire coïncider dans toute son étendue la ligne de direction du canal avec celle du conducteur. Celui-ci étant appliqué sous pression sur la paroi inférieure, la lame coupe sans qu'il puisse y avoir incision trop profonde, la profondeur de la section étant toujours limitée par la hauteur de la lame qu'on emploie.

On conçoit qu'une lame à saillie variable (comme elle a été réalisée dans les uréthrotomes de Charrière et de Trélat), glissant dans la concavité d'un conducteur, semblable à celui de Maisonneuve, pourrait donner des sections très efficaces. Il va sans dire que la fixation du conducteur serait obtenue en déprimant la paroi uréthrale opposée à celle sur laquelle agira la lame tranchante.

Cet avantage du Civiale, de permettre des sections dans toutes les directions, est tout spécial. Il est vrai qu'il existe des Maisonneuves coupant sur la convexité, à côté de ceux qui coupent sur la concavité, mais cela ne donne pas la précision de direction des incisions du Civiale.

Grâce au calibrage des olives, au réglage de la saillie de la lame et à la résistance de la tige, on peut mesurer, pour ainsi

dire à volonté, la profondeur qu'on veut donner aux incisions. Ce qui dépend, du reste, de l'habileté de l'opérateur et ce qui fait du Civiale un excellent instrument pour qui sait le manier, et un instrument dangereux pour qui n'a pas l'expérience nécessaire. Il faut toujours que l'olive marche dans l'axe de la portion où elle est sans effort pour en sortir, autrement il y aurait des échappées et des sections trop profondes.

L'uréthrotome de Trélat, dont le mécanisme diffère de celui de Civiale, est encore un excellent instrument, capable de donner des sections aussi efficaces que celles du Civiale. Aussi M. le professeur Tédénat s'en sert-il indifféremment pour faire des incisions complètes de l'anneau strictural.

Le Maisonneuve est plutôt un sténotome qu'un uréthrotome pris dans le sens étymologique du mot : En effet, la lame de cet instrument a la forme d'un triangle isocèle dont le sommet est arrondi et émoussé, de telle sorte que cette lame ne coupe que par le reste de ces bords et ne peut ainsi inciser que les points qui ne se laissent pas écarter par le sommet non tranchant. Voilà pourquoi l'uréthrotome de Maisonneuve est insuffisant quand on veut faire des sections sur une partie de l'urèthre à calibre normal, ou peu diminué (rétrécissement large), ou facilement dilatable (rétrécissement élastique).

On comprend encore comment la lame du Maisonneuve ne peut avoir de prise solide sur un rétrécissement élastique et comment la profondeur de l'incision est en rapport inverse de l'élasticité de l'anneau strictural. « Je pose en fait, dit Thompson, que le traitement des rétrécissements uréthraux par le Maisonneuve est loin d'être absolument satisfaisant, si l'on a pour but la division complète des tissus. Celle-ci, en effet, est rarement obtenue avec ce procédé en général ; un certain nombre de fibres échappent à la lame, et souvent le résultat est défectueux. Il n'atteint pas, en tout cas, la somme de perfec-

tion et d'efficacité d'une incision faite avec une lame que l'opérateur dirige à son gré et manie suivant la résistance rencontrée sur le moment et d'après l'étendue des points rétrécis, démontrés par l'exploration préliminaire. »

On a dit que les instruments faisant la section d'arrière en avant (Reybard, Civiale) font des incisions profondes et exposent à des hémorragies formidables. Ceci est vrai, quand on veut obtenir d'emblée des sections trop profondes ; mais, si la section se limite à l'anneau strictural, cet accident n'est pas à craindre.

On a souvent répété que « les procédés de sections intra-uréthrales faites d'arrière en avant, ont tous un inconvénient qui leur est commun, c'est qu'ils nécessitent une dilatation préalable suffisante pour livrer passage à un instrument d'un certain volume. Or on se trouve enserré dans ce dilemme : où l'urèthre se laisse aisément dilater, et l'uréthrotomie est inutile, ou toute dilatation un peu considérable est impossible, et la section intra-uréthrale ne peut être pratiquée (Desnos, Kermisson). » Mais tous, d'accord, proposent l'uréthrotomie interne pour les rétrécissements élastiques ou cicatriciels dilatables jusqu'à une certaine limite ; or ces limites ne sont-elles pas suffisantes pour permettre le passage de l'olive du Civiale ? (n° 10, fil. Charrière). Et dans l'uréthrotomie par le Maisonneuve, lorsque le rétrécissement trop serré se refuse à admettre le conducteur métallique cannelé, n'est-on pas obligé, de même, à laisser à demeure, pendant vingt-quatre heures, une fine bougie, pour permettre le lendemain à l'instrument de passer ? On connaît en effet les résultats rapides, mais malheureusement passagers, fournis par la dilatation permanente.

M. Albarran fait remarquer que le Civiale n'est pas muni de conducteur, ce qui présente un double désavantage : en premier lieu l'introduction de l'instrument est difficile, et en second lieu la section du rétrécissement une fois pratiqué, on doit,

pour introduire dans la vessie une sonde à demeure, commencer par placer un conducteur. Or cette manœuvre n'est pas toujours aisée, et il est prudent de ne pas trop pratiquer des tentatives de cathétérismes dans un canal qui vient d'être sectionné. Mais il nous semble que c'est là un inconvénient de moindre importance, car il n'est pas chose difficile de faire fixer une bougie conductrice à l'extrémité de l'olive, comme cela est réalisé dans l'uréthrotome de Charrière et dans celui de Trélat.

Un dernier et sérieux inconvénient du Civiale est d'être difficilement stérilisable. M. Pozzi recommande comme mesure d'asepsie de n'employer que des instruments d'une construction simple, facilement démontables, s'ils sont composés de plusieurs pièces, dépourvus de cavités, de rainures et de certissures, d'où les impuretés seraient difficilement chassées. Conditions qui malheureusement ne sont réunies dans aucun des uréthrotomes. Quelques simplifications du Civiale, sans lui enlever ces avantages, le rendraient plus facilement stérilisable. Ainsi la gaine ne pourrait-elle pas être réduite dans sa plus grande partie à une simple tige ? On ne conserverait que l'extrémité opposée à l'olive, pour assurer le maintien du mandrin ; dans tout le reste de l'étendue, ce dernier glisserait à frottement doux sur une tige. Le curseur est déjà supprimé dans les nouveaux modèles, sans altérer la précision de l'instrument.

II

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Dans l'uréthrotomie par le Civiale, les soins préliminaires et consécutifs sont les mêmes que dans l'opération faite par le Maisonneuve. Mais ces soins sont le complément indispensable de toute uréthrotomie bien faite; nous ne saurions donc les oublier sans faire une omission impardonnable.

SOINS PRÉPARATOIRES. — Le préliminaire obligé de toute opération est un nettoyage parfait des parties à opérer. Le nettoyage doit être porté sur l'urèthre, le pénis, le prépuce et le gland.

Il existe normalement dans les replis de la muqueuse du prépuce, en arrière de la couronne du gland, des amas de produits sébacés, généralement si adhérents qu'on ne peut toujours les enlever en bloc; ils se dissocient pendant le nettoyage, et des parcelles de smagma peuvent être refoulées dans l'urèthre et infecter la plaie uréthrale. Nous croyons donc utile de commencer et finir le nettoyage par le prépuce et le gland. On ne tomberait pas dans l'excès en poussant l'asepsie encore plus loin. Nous faisons allusion au nettoyage du pubis et des bourses; car souvent le gland et la partie extra-uréthrale d'une sonde à demeure vont ramasser sur les bourses ou sur les poils du pubis quelques microorganismes source d'une infection qui, partie du méat, ne tarde pas à gagner les parties profondes de l'urèthre.

Donc, raser les poils, savonner et laver les parties avec une solution de sublimé au millième, et envelopper le tout dans une compresse aseptique.

Quant à l'asepsie de l'urèthre, rien de plus difficile. D'après Bazy, les recherches poursuivies à la clinique et au laboratoire du professeur Guyon, ont démontré que, dans le sens théorique du mot, elle était impossible. C'est ainsi que, même après une demi-heure de lavage à l'acide borique, il reste assez de microbes dans le canal pour qu'une bougie introduite aseptisée puisse, à sa sortie, infecter un bouillon de culture; mais, d'autre part, une urine peut rester aseptique après des cathétérismes plus ou moins répétés, bien que le canal fournisse des microorganismes cultivables. La conclusion à tirer de ces faits, dit Bazy, est que, si au point de vue expérimental l'asepsie des voies urinaires ne peut être réalisée, elle peut l'être au point de vue clinique, ce qui est un résultat suffisant.

L'asepsie suffisante de l'urèthre est obtenue directement par des lavages uréthraux ou indirectement par des médicaments qui, ingérés, s'éliminent par les urines.

En cas de rétrécissement, les lavages de la portion rétrostricturale de l'urèthre ainsi que de la vessie sont généralement impraticables. Quelquefois cependant, après le passage d'une bougie conique, on parvient à les faire avec une sonde montée sur une seringue stérilisable, comme celle de Guyon.

On se sert de l'eau boriquée à 4 pour 100, mais on pourrait employer une solution de microcidine (naphtolate de soude) à 3 pour 100, solution qui, tout en réunissant les qualités de l'eau boriquée, est supérieure comme antiseptique.

M. Tédénat préfère pour cet usage une solution de sublimé au vingt-millième. Une telle solution est très antiseptique et, par contre, n'a aucune action irritante sur les muqueuses des voies urinaires.

On a essayé à l'intérieur le borate de soude et le salol pour rendre les urines aseptiques. Le premier est presque abandonné, le salol reste encore le seul médicament administré comme antiseptique urinaire.

Bazy a fixé à 6 grammes par jour la dose efficace du salol. Tuffier conclut à l'innocuité absolue du salol, mais il lui attribue un pouvoir antiseptique relatif.

Robert signale les dangers du salol administré à cette dose. Le salol renferme, dit-il, 4 pour 100 d'acide phénique. Avec 6 grammes de salol, il se produit 2 gr. 40 d'acide phénique, quantité qui dépasse la dose maximum à laquelle cet acide peut être administré. Hesselbach confirme cette opinion; il conseille de ne pas dépasser la dose de 3 à 4 grammes. Il le juge contre-indiqué chez les malades atteints d'une affection rénale inflammatoire, soit aiguë, soit chronique, car dans ces cas son emploi pourrait occasionner la mort.

On sait que l'autre ingrédient du salol, l'acide salicylique, est loin d'être d'une innocuité parfaite; il altère aussi le filtre rénal, raison qui fait préférer le benzo-naphtol au bétol dans l'antisepsie intestinale.

Nous avons vu très souvent administrer le salol à la dose de 2 à 3 grammes par jour, avec coloration caractéristique des urines, et cela sans inconvénient pour la santé du malade.

Quoi qu'il en soit, si on ne doit pas oublier que des mesures antiseptiques dépend en grande partie le bon résultat de l'opération, on ne pourra tenter l'intervention qu'après avoir rempli une condition non moins essentielle, nous voulons parler de la dilatation préalable.

Pour que le passage de l'olive derrière la stricture soit possible, une faible dilatation est indispensable, mais il est inutile d'aller au delà du calibre n° 10. Dans ce but, on fixe à demeure une bougie n° 3 ou 6, pendant deux ou trois jours. Au bout de ce temps, généralement la dilatation nécessaire est accom-

plie. Dans le cas où une bougie à demeure serait dangereuse, M. Tédénat n'hésite pas à obtenir d'emblée une certaine perméabilité du canal par une première uréthrotomie au Maisonneuve.

Pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, le malade est soumis aux tisanes diurétiques (*uva ursi*), qui diluent les urines et diminuent leur toxicité.

La veille, le malade est purgé ou bien on lui administre un lavement salé ou glyceriné, pour empêcher toute congestion du côté des organes urinaires.

On prescrit, quelquefois, avant et après l'opération, du sulfate de quinine en cachets de 0,25 centigrammes, comme traitement préventif de la fièvre uréthrale.

Il est inutile de dire que le malade suivra le régime lacté, mitigé de légumes et d'œufs. Ni alcool, ni café, ni thé, ni mets épicés, pas ou peu de viande, régime qui est celui des rétrécis.

On tiendrait sous l'action du bromure les malades nerveux ou trop sensibles.

OPÉRATION. — Comme le débridement de la sténose se fait d'un seul coup, vivement et par surprise, l'anesthésie chirurgicale n'est pas absolument nécessaire.

M. Guyon n'hésite pas, chez quelques malades pusillanimes, à recourir à une anesthésie relative, au chloroforme, dit « à la reine. »

Certains praticiens ont substitué à la chloroformisation la cocaïne, qui procure, paraît-il, une anesthésie locale suffisante pour supprimer à peu près complètement la douleur de l'incision. On emploie une solution de chlorhydrate de cocaïne dans l'eau boriquée saturée. Le malade est couché horizontalement, la tête basse; on applique la cocaïne sur la muqueuse uréthrale, en avant de la sténose, à l'aide de la sonde et de la seringue à instillations. On doit rarement dépasser 0,05 centi-

grammes de substance active, surtout lorsque le canal saigne, car alors la muqueuse est douée de propriétés absorbantes plus énergiques qu'à l'état normal.

On doit attendre dix minutes environ avant de commencer l'opération ; ce temps est nécessaire à la production de l'anesthésie locale, par simple contact de la cocaïne.

L'écoulement sanguin étant très minime, une simple serviette aseptique placée entre les deux jambes suffira pour protéger les draps dans le cas où l'on opère dans le lit même du malade.

Les instruments qui doivent servir pendant et après l'opération doivent être aseptisés.

Depuis de nombreuses années, on emploie, au service de M. professeur Tédénat, la méthode de Bergmann et Novaro pour aseptiser les instruments métalliques.

Cette méthode consiste à soumettre les instruments, brossés et savonnés, à l'ébullition pendant dix à quinze minutes dans une solution de carbonate de soude de 1 à 1,5 pour 100.

Les instruments sont plongés après l'ébullition dans une solution de phénosalyl à 3 pour 100 jusqu'au moment de l'intervention.

Si, pendant l'opération, il est nécessaire de les nettoyer, on les replonge pendant quelques instants dans la solution bouillante de carbonate de soude. Cette manière de procéder n'enlève rien au tranchant des instruments et ne les oxyde pas.

Pour les sondes molles (sonde à bout coupé), on pourrait employer, d'après Bazy, le séjour prolongé pendant une demi-heure au moins dans une solution non alcoolique de sublimé dosée à 10 pour 100. Mais il faut avoir soin de laver la sonde dans l'eau boricuée, avant de l'introduire dans le canal ; l'oubli de cette précaution pourrait avoir de sérieux inconvénients, et en particulier celui d'entraîner une urétrite violente avec tuméfaction de la muqueuse, de devenir la cause

de l'infection du canal, c'est-à-dire arriver à un résultat opposé à celui qu'on voulait obtenir (Bazy).

M. Fourcaud décrit un procédé de stérilisation des sondes molles, dû à M. le professeur Lannelongue. Dans l'éprouvette à filière Raynal, on verse du mercure, ou on y place des rondelles de flanelle mercurielle. Les vapeurs qu'elles dégagent seraient suffisantes pour assurer la stérilisation des sondes pendant cinq ou six mois. Au bout de douze heures, une sonde septique serait stérilisée : ceci n'enlèverait rien au poli, au calibre et à la consistance des sondes. On pourrait employer pour cet usage un appareil à l'acide sulfureux, comme par exemple celui du professeur Forgue, présenté à la Société de chirurgie l'année dernière.

Avant d'introduire les instruments dans le canal, on doit les graisser en les trempant dans la vaseline boriquée, salolée ou iodoformée, ou bien dans l'huile d'olive minéralisée selon le procédé du professeur Lannelongue. Nous préférons la vaseline stérilisée et conservée dans des tubes en plomb hermétiquement fermés.

Le malade est placé sur une table d'opération ou sur un lit, le siège soulevé et les cuisses pendantes, afin que l'opérateur puisse faire le tour de son malade, et que l'urèthre soit à la portée de sa main. Le chirurgien, ayant aseptisé ses mains, se place d'ordinaire à droite du malade, saisit la verge de la main gauche, entre la face dorsale de l'annulaire et la face palmaire du médium, rabat le prépuce et prend le gland entre le pouce et l'index sans lâcher les doigts précédents. Au moment de l'introduction de l'instrument, il écarte les lèvres du méat par un petit effort des doigts qui tiennent le gland. L'instrument, muni d'une olive appropriée au calibre de la sténose, tenu légèrement de la main droite comme une plume à écrire, est poussé régulièrement et lentement dans l'urèthre. La main gauche facilite l'introduction en tirant sur

la verge, afin de tendre le canal et le porter au devant de l'instrument. Cette traction a pour effet d'effacer les replis que la muqueuse pourrait former en s'adossant à elle-même.

Si la pénétration de l'instrument est difficile, la main gauche devra changer l'inclinaison de la verge. Lorsque l'instrument se refuse à passer, il ne faut pas déployer de force. Après quelques mouvements de va-et-vient, on retire l'instrument, on remplace son olive par un numéro plus petit ou bien on élargit la sténose avec le Maisonneuve avant la réintroduction du Civiale. Durant la pénétration, la main droite recueille la sensation de ressaut que la sténose imprime à l'olive de l'instrument. Ce point franchi de 1 à 2 centimètres, on ramène la boule jusqu'à ce qu'elle butte contre la stricture. C'est à ce moment que l'on fait saillir la lame, et on continue le mouvement de retrait de l'instrument tant qu'on éprouve de résistance.

« Cette résistance étant quelquefois très considérable, dit Civiale, il est nécessaire d'exercer une traction qui entraîne en avant la nodosité malgré la pression des doigts destinée à la fixer, et bien que la lame soit très propre à couper. Afin de régler son mouvement, le chirurgien appuie alors le coude contre son propre corps, ou l'avant-bras sur la cuisse du malade. S'il opérait le bras tendu, en tirant fortement sur le manche de l'uréthrotome, la cessation brusque de la résistance, après la division de la callosité, pourrait faire prolonger l'incision en avant dans la partie saine du canal, beaucoup plus loin qu'il n'est utile. »

Puis la lame est rengainée et l'uréthrotome retiré. M. Thompson introduit aussitôt un explorateur à boule n° 26 ou 27, et s'assure que cet instrument pénètre librement jusque dans la vessie ; si par hasard il était arrêté en un point quelconque, après avoir déterminé ce point très exactement, il le sectionne avec l'uréthrotome réintroduit.

Quand on introduit l'instrument après une première section, il faut faire suivre à l'olive la paroi qui ne porte pas l'incision, sans quoi on risquerait à s'égarer dans la plaie et de faire fausse route.

Pour obtenir une incision profonde, Thompson conseille d'incliner un peu le manche de l'instrument, de manière à forcer l'extrémité opposée, à appuyer davantage contre la paroi. Cette manœuvre semble dangereuse.

Dans l'uréthrotomie par le Maisonneuve, dont le but est d'ajouter une pièce nouvelle à l'urèthre rétréci (1), on fait l'incision sur le point où le tissu fibreux est le moins épais ; dans les rétrécissements blennorrhagiques, ce point est la paroi supérieure de l'urèthre. Une autre raison qui milite en faveur de l'uréthrotomie sur la paroi uréthrale supérieure, c'est la brièveté plus grande de cette paroi et l'appui que lui prête la cloison des corps caverneux (Guyon). Dans l'uréthrotomie par le Civiale, cette règle perd de sa valeur. En tournant l'instrument sur son axe, on peut sectionner n'importe quel point de l'urèthre, ce qui dépend, du reste, de la situation, de l'épaisseur et de la consistance de la bride stricturale préalablement établies.

Une sonde à bout coupé est placée à demeure pendant un ou deux jours. Elle est munie de deux yeux latéraux, afin de rendre plus difficile son obstruction.

M. Thompson conseille une sonde n° 21 ou 23. D'après Guyon, cette sonde n'est destinée qu'à faciliter le libre écoulement de l'urine pendant les premières heures qui suivent l'opération, et non à produire une dilatation. Aussi introduit-il une sonde

(1) L'expression « d'une pièce nouvelle qu'on ajoute à une doublure trop étroite » est de Reybard, l'innovateur des sections profondes. Pour lui, cette doublure devait avoir l'épaisseur de la paroi uréthrale. Pour Maisonneuve, au contraire, cette épaisseur n'est souvent égale qu'à une partie de l'anneau strictural.

n° 16 à 18. Pour lui, le contact de l'urine avec la plaie n'offre pas grand inconvénient. Mais si la sonde trop grosse comprime fortement les parois du canal, au cas où celle-ci se trouverait bouchée, l'urine chassée par la vessie s'infiltrerait dans l'incision.

Dans les cas où le pubis serait rasé comme mesure d'asepsie, on fixerait les fils de la sonde à l'aide de quelques bandelettes de coton collodionnées.

La mise à demeure de la sonde à bout coupé, par les procédés ordinaires, est malaisée. Aussi M. Malecot imagina une sonde qui se fixe d'elle-même dans la vessie, sans avoir besoin d'aucun soutien extérieur. La fixation se fait grâce à deux ailerons redressés par un mandrin pendant leur passage dans l'urèthre, et qui, parvenus dans la vessie, viennent s'appuyer contre sa paroi par le simple retrait du mandrin.

Après le passage de la sonde, il serait utile de faire un lavage de la vessie avec une solution au millième de nitrate d'argent. M. le professeur Tédénat préfère pour cet usage une solution de sublimé au vingt-millième. Après ce lavage, on place la sonde de façon à obtenir un écoulement continu d'urine, on ajoute à celle-ci un tube de caoutchouc dont on laisse l'extrémité dans un urinoir, le plongeant dans une solution boriquée pour éviter la fermentation à l'intérieur de la sonde. Si la sonde s'obstruait, une injection d'eau boriquée suffirait à la déboucher. La verge et la sonde sont enveloppées dans un linge aseptique; le tout est laissé tranquille.

SOINS POST-OPÉRATOIRES. — Un ou deux jours après, on retire la sonde à demeure et le malade peut se lever, tout en suivant le régime des rétrécis et en évitant le froid. On s'abstient de toucher l'urèthre pendant dix à douze jours, pour permettre à la surface de la section intra-urétrale de se cicatriser, et pour éviter de faire saigner la plaie encore granuleuse.

C'est au bout de ce temps qu'on commence la dilatation progressive temporaire.

On aura recours aux béniqués qui, jusqu'à présent, sont les instruments de choix pour ce genre de dilatation. Le nombre de béniqués qu'il faut passer dans une séance varie suivant la sensibilité et la tolérance du canal. La moyenne est de cinq à six, sans sauter de numéros, en gagnant deux ou trois numéros d'une séance à l'autre. On commencera au n° 36, et on dépassera rarement le n° 54.

Quand, au début, l'urèthre n'admet pas le n° 36, on arrivera à ce calibre avec les bougies en gomme.

Mais on peut dire d'une façon générale, et c'est là une preuve de la section complète de l'anneau strictural, qu'après une uréthrotomie par le Civiale, on peut, dès la première séance, commencer d'emblée par le n° 45, et arriver facilement au n° 50.

Quand on arrive au n° 54, on soumet le canal à des dilations de plus en plus éloignées : tous les quinze jours, puis tous les mois, tous les deux ou trois mois. Il est rare qu'on ne retrouve pas en une seule séance le numéro maximum auquel on a laissé le malade. Si l'on n'y parvenait pas, on diminuerait l'intervalle des séances, et, à la rigueur, on se déciderait à une seconde opération.

Si, pendant un ou deux ans de séances espacées, on retrouve constamment le degré maximum de dilatation, on peut considérer le malade comme définitivement guéri. Il est probable que cette période d'un à deux ans est nécessaire pour que la propriété rétractile de la cicatrice soit épuisée. Si, pendant ce temps, par la dilation temporaire, on oblige la cicatrice à conserver sa forme et son étendue premières, on peut espérer obtenir un résultat définitif.

ACCIDENTS. — L'uréthrotomie interne pratiquée prudemment à l'aide de l'instrument de Civiale, avec les précautions pré

et post-opératoires que nous venons d'énumérer, peut être considérée comme une opération aussi bénigne que celle faite avec le Maisonneuve. Trois cent quarante opérations par l'instrument de Civiale ont donné à M. Thompson 6 morts seulement; ce qui ne fait pas même 2 pour 100 de mortalité. Sur une centaine d'uréthrotomies, Caudmont et ses élèves n'ont eu aucune mort à déplorer.

Parmi les accidents de l'uréthrotomie, signalons d'abord l'hémorragie, qui se produit rarement si on manie l'instrument d'une façon convenable, selon les préceptes indiqués plus haut. On a dit que l'hémorragie provenait plutôt de la section des parois inférieures et latérales. Il nous semble que l'orientation de l'incision n'est pour rien dans la production de cet accident, pourvu que la section se limite à l'anneau strictural, formé de tissu fibreux, peu riche en vaisseaux.

On combat cette hémorragie, soit par la compression du périnée à l'aide du poing fermé, soit en serrant la verge tenue à pleine main, ou bien encore en introduisant rapidement une sonde un peu forte qui dilate le canal et fait une compression excentrique.

L'infiltration d'urine s'observe rarement, aujourd'hui, grâce à la sonde à demeure de moyen calibre dont l'extrémité est laissée ouverte. Dès que l'urine peut s'écouler librement, elle n'a aucune tendance à s'infiltrer.

Les uréthrites et prostatites peuvent compliquer l'uréthrotomie interne. Si ces accidents ne guérissent pas spontanément, les lavages antiseptiques et les instillations argentiques mettront fin aux suppurations.

Les cystites, néphrites et épидидymites sont provoquées par une opération d'une asepsie douteuse, chez un sujet déjà prédisposé, soit par le rétrécissement, soit par l'artério-sclérose du système génito-urinaire.

La fièvre post-opératoire est assez souvent observée. La

variété la plus fréquente, c'est la fièvre uréthrale. Elle apparaît immédiatement après l'opération. Pour les uns, c'est une légère infection ; pour d'autres, c'est une réaction vaso-motrice réflexe provoquée par l'opération. D'où les deux ordres de traitement préventif : l'antisepsie par les lavages et le salol, ou la quinine, considérée comme médicament vaso-moteur.

La fièvre septicémique est très rare aujourd'hui, grâce à l'asepsie et l'antisepsie. Elle est grave.

La fièvre des complications (cystites, néphrites, etc.) s'accompagne de symptômes caractéristiques qui indiquent l'origine et dictent le pronostic.

III

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'URÉTHROTOMIE PAR L'INSTRUMENT DE CIVIALE

Trois grandes méthodes sont applicables au traitement des sténoses uréthrales. Dilatation progressive, uréthrotomie interne et uréthrotomie externe. En dehors des rétrécissements infranchissables et de quelques rares angusties franchissables qui constituent la part qui revient à l'uréthrotomie externe, la plupart des coarctations sont guéries par la dilatation progressive. Ce sont surtout les rétrécissements d'origine inflammatoire qui bénéficient de cette méthode. Mais tous les rétrécissements de cette catégorie ne peuvent être traités de la même manière. En effet, il est des cas où la dilatation progressive est impossible ou dangereuse, et c'est alors qu'elle cède le pas à l'uréthrotomie interne. Parmi ces cas nous passerons en revue ceux qui pourraient être justiciables de l'instrument de Civiale.

INDICATIONS. — Il est des rétrécissements, très anciens et souvent très rétractiles, qui se laissent dilater assez pour permettre le passage d'une bougie n° 20, 22 de la filière Charrière, mais qui reviennent immédiatement à leur premier calibre malgré la persévérance dans l'emploi de la dilatation.

Ces angusties, que Reybard a bien étudiées et qu'il a appelées élastiques, ne guérissent pas par la dilatation. Le mot

élastique n'indique ici qu'une propriété des tissus. En effet, ces sténoses sont formées de tissus fibreux comme les autres, mais leurs éléments ne sont pas arrivés à leur complet développement, de façon qu'étant plus molles, elles sont susceptibles de dilatation, mais, abandonnées à elles-mêmes, elles ne tardent pas à se rétracter.

Le caractère clinique du rétrécissement élastique consiste donc à se laisser dilater complètement et rapidement; mais, dès qu'on suspend le traitement, la sténose se reproduit avec une égale rapidité.

L'élasticité de certaines sténoses est telle, disait M. Desnos au dernier Congrès de chirurgie, qu'elles permettent le passage d'une bougie volumineuse en mettant en jeu leur élasticité; mais, dès le retrait de l'instrument, l'anneau fibreux revient sur lui-même et le rétrécissement se reproduit. Ainsi, en examinant un urèthre dans lequel on vient de passer une bougie n° 24 ou 25, par exemple, on constate souvent qu'une boule beaucoup plus petite, 15 ou 16, rencontre un ou plusieurs obstacles qui lui font subir des ressauts.

La guérison est donc subordonnée à la section de l'anneau élastique. Mais l'indication de la section intra-urétrale n'est pas dictée par l'étroitesse de la stricture, mais plutôt par sa rétractilité.

Aussi, pour obtenir une amélioration plus ou moins durable, dans ce cas plus que dans tout autre, faut-il avoir présente à l'esprit cette phrase de Thompson : « Si vous coupez quelque chose, coupez tout. »

L'efficacité de la section complète de l'anneau strictural a été de tout temps si bien comprise que quelques chirurgiens ont proposé des procédés capables de faire des incisions profondes. Reybard inventa son uréthrotome réputé comme dangereux; Syme conseillait d'attaquer l'anneau par l'uréthrotomie externe (sous-cutanée); Otis soumettait la sténose à

un genre de divulsion par des dilatations excessives du canal.

L'incision complète de ces coarctations est d'autant plus difficile que leur élasticité est plus accusée, ce qui fait du Maisonneuve un instrument impuissant dans ces cas.

Pour atteindre complètement l'anneau, il faut avoir recours à un uréthrotome dont la lame est à saillie variable. Il est encore tout naturel de songer à un instrument qui, en donnant un point d'appui solide à sa lame, lui permettrait de trancher l'anneau dont on aurait épuisé l'élasticité par une dilatation concomitante.

Tel est, d'après Desnos, le cas du Civiale muni d'une olive de calibre égal à celui de la sténose dilatée au maximum.

Après une première incision, faite grâce à une saillie d'un millimètre et demi de la lame, il se produit un écartement des deux lèvres de la section, qui augmente de trois millimètres la circonférence du rétrécissement. On retire alors l'olive devenue trop petite, qui est remplacée par une seconde olive de calibre approprié. On peut ainsi, par des opérations successives, augmenter la profondeur de l'incision d'une façon progressive et réglée, jusqu'à la section complète, qui est indiquée par l'absence de sensation de sténose au passage d'olives de divers calibres.

Un autre groupe de strictures d'un grand intérêt sont les rétrécissements larges décrits par Otis, de New-York. D'après lui, la dilatabilité de l'urèthre normal varie de 28 à 40 millimètres. Ces données ont été contrôlées et corrigées par les intéressantes recherches de Guyon et Campenon, et cette limite doit être fixée de 9 à 10 millimètres. Ceci posé, tout urèthre qui ne se dilate pas jusqu'à ce diamètre est considéré comme atteint de rétrécissement large.

Ces rétrécissements passent inaperçus et ne sont soupçon-

nés que par le suintement chronique dont ils sont, d'après Otis, fréquemment la cause et quelquefois l'effet.

Il arrive parfois qu'on observe des abcès péri-uréthraux et des fistules compliquant ces rétrécissements larges. Deux cas de ce genre se sont présentés en novembre 1893 dans le service de M. le professeur Tédénat. Un de ces malades avait deux trajets fistuleux s'ouvrant au périnée, son rétrécissement constitué par une bride faisant gros relief à la paroi inférieure laissait passer une bougie à boule n° 21. Il avait résisté à la dilatation progressive. M. Tédénat sectionna largement la bride avec le Civiale, obtint au bout de quelques jours un calibre 30 de la filière Charrière et la guérison de la fistule. L'autre malade passait des bougies 24 de la filière Charrière et présentait une blennorrhée chronique et une fistulette périnéale. La section avec le Civiale permit le passage des bougies 30 et la fistule ne tarda pas à guérir. Des irrigations au sublimé et quelques instillations argentiques supprimèrent l'écoulement. Chez ce malade, la veille de son départ, M. Tédénat put constater avec l'uréthromètre de Weis que, dans toute sa longueur, le calibre de l'urèthre correspondait au numéro 36 de Charrière.

M. Tédénat pense que dans la production des fistules compliquant les rétrécissements larges, le degré d'infection de l'urèthre, sa localisation dans les glandes, jouent un rôle important.

Les rétrécissements larges ne peuvent être perçus qu'à l'aide d'une bougie à boule très volumineuse répondant au n° 23 ou 25. Une dilatation avec les béniqués jusqu'au n° 60 guérit le suintement en rendant au canal son extensibilité normale. Mais parfois on a de la peine à arriver à ce degré sans faire de la divulsion. C'est alors qu'on devra avoir recours à l'uréthrotomie interne.

Nous avons dit que le Maisonneuve ne pouvait avoir prise

sur un urèthre à calibre normal ou élargi. Aussi Charlin lui fit-il subir une modification qui permet à la lame de trancher les strictures même les moins accusées : Le conducteur est remplacé par une véritable bougie dilatatrice offrant une rainure sur sa concavité. La lame est convexe et offre très peu d'émergence. Grâce à son volume, le conducteur distend le canal et le couteau a prise même sur les sténoses les plus faibles.

Nous avons vu que le Civiale, muni d'une olive assez grosse pour recueillir les sensations du rétrécissement large, coupe d'une façon avantageuse la moindre stricture perceptible.

Ce sont surtout les rétrécissements cicatriciels et scléro-cicatriciels qui bénéficient de l'uréthrotomie interne. En effet, les coarctations de cette catégorie résistent beaucoup à l'action excentrique des bougies ; cela est dû à leur structure franchement fibreuse, à éléments serrés, nombreux et complètement organisés.

Quelquefois ils se dilatent un peu et très lentement ; mais, arrivés à un certain degré, il est impossible de pousser plus avant, le tissu de la sténose ayant donné son maximum de distension.

Le tissu de ces rétrécissements est à peu près privé de vaisseaux sanguins, et il n'est pas étonnant de constater le peu de sang qui s'écoule pendant l'opération. La lame éprouve quelquefois une peine infinie à sectionner ces tissus fibreux purs, que l'on sent crier sous son tranchant.

Nous nous rappelons avoir vu la tige porte-lame de Maisonneuve se plier sous la pression que l'opérateur était obligé de déployer pour sectionner un tel rétrécissement.

Ces angusties ont une forme de virole, d'anneau ou de valvule.

Dans les deux premières formes, pour obtenir un résultat

de plus ou moins longue durée, l'uréthrotomie interne se propose de faire sur la virole ou anneau strictural des incisions profondes en trois ou quatre points différents avec l'instrument de Civiale (Tédenat, Bazy). Le calibre du canal sera plus tard maintenu par des cathéters droits qui, mieux que les courbes, traversent ces rétrécissements dont les lieux d'élection sont les portions pénienne et scrotale de l'urèthre.

Dans le traitement des brides valvulaires d'origine cicatricielle, l'uréthrotomie a pour but de les détruire. La situation de ces brides dictera donc l'orientation de la lame de Civiale pendant l'opération.

C'est surtout dans la destruction de ces brides fibreuses de la portion périnéo-scrotale de l'urèthre, compliquées d'une fistule, que le Civiale donne parfois de bons effets.

Civiale, Thompson, Cocteau, ont insisté sur ces fistules, qui guérissent après la cure du rétrécissement.

Ces brides valvulaires succèdent aux fistules ou les précèdent. Ainsi quelquefois elles peuvent être consécutives à un abcès glandulaire dont le foyer s'est en même temps ouvert à l'extérieur et à l'intérieur de l'urèthre. L'ulcération profonde qui accompagne la formation de ces brides valvulaires explique leur consistance calleuse et la résistance qu'elles offrent contre la dilatation progressive. Une bride analogue, étant d'ordre cicatriciel, doit être justiciable de l'uréthrotomie interne.

Le plus souvent, au contraire, la valvule précède la fistule et elle en est la cause. Ainsi, à travers une éraillure de la muqueuse rétrostricturale enflammée, les bacilles pyogènes frayent un chemin et se colonisent dans les tissus péri-urèthraux et constituent un abcès uréthral qui s'ouvre en même temps en dehors et en dedans.

Le contact incessant de l'urine avec le trajet, le fistulise de plus en plus, l'inflammation chronique produit des infil-

trations plastiques péri-fistulaires dont la consistance et le volume augmentent avec le temps.

Quoi qu'il en soit, il existe un point essentiel à fixer dans les caractères des fistules indurées qui guérissent après la section du rétrécissement concomitant. En effet, nous disait M. le professeur Tédénat dans ses entretiens cliniques si appréciés, ces fistules ont un trajet simple et sont entourées d'infiltrations jeunes, capables de se résorber. Il suffit, pour les guérir, de détruire la bride valvulaire placée du côté du méat et qui constitue un mur derrière lequel l'urine continue à croupir et entretient ainsi des clapiers. Quelques bains de siège chauds, des applications de gâteaux de coton hydrophile humides et chauds, réussiront à faire disparaître les infiltrations péri-fistulaires. A la rigueur, on pourrait réséquer quelques noyaux indurés récalcitrants.

Ces cas constituent une transition clinique entre la première classe de fistules à trajet simple sans indurations, et la seconde, de fistules à trajets multiples avec indurations, classification qui est celle de Thompson.

La situation de l'obstacle et la nécessité de faire une incision profonde impliquent encore ici le choix de l'uréthrotome de Civiale.

CONTRE-INDICATIONS. — Le Civiale est contre-indiqué dans les cas où son usage devient impossible ou dangereux. C'est alors qu'il cède le pas au Maisonneuve. Du reste, c'est au chirurgien de peser le pour et le contre, et à apprécier à leur valeur exacte les motifs qui poussent plutôt vers l'un que vers l'autre de ces deux instruments.

Le Maisonneuve est un excellent instrument, qui se recommande par une simplicité telle, que tout praticien, sans en avoir une grande habitude, peut exécuter l'uréthrotomie interne

et sauver un malade qui demande des soins urgents. Aussi, d'une façon générale, tandis que le Civiale est l'instrument de l'uréthrotomie qui vise un résultat éloigné de plus ou moins longue durée, le Maisonneuve est et reste l'instrument de l'uréthrotomie d'urgence.

On aura donc recours à l'uréthrotome de Maisonneuve toutes les fois qu'un accident grave rétrostrictural (néphrite, cystite, infiltration, abcès urinaire, septicémie) apparaît et que l'intensité des phénomènes nécessite une intervention rapide; ou bien, dans la cure des rétrécissements irritables qui se congestionnent à la moindre tentative de dilatation, dans ces cas, si le praticien parvient à passer la bougie conductrice du Maisonneuve, il doit se hâter d'inciser et de rétablir en une fois une large voie d'écoulement, sauf à revenir au Civiale, plus tard, en cas de nécessité.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — L'uréthrotomie par le Civiale est loin de prétendre une cure radicale des sténoses. Mais, d'après Civiale, Thompson, Caudmont et Voillemier, il semble que la section complète et raisonnée de l'anneau strictural faite par le Civiale donne des résultats beaucoup plus durables que ceux obtenus par l'instrument de Maisonneuve.

Dans tous les cas, l'incision intra-urétrale ne constitue que la première partie du traitement. Le résultat immédiat ainsi obtenu doit être entretenu par la dilatation et une bonne hygiène. A la rigueur, au bout d'un ou deux ans, on pourrait revenir à une seconde uréthrotomie. M. Thompson, sur ses 340 uréthrotomies, a réuréthrotomisé plusieurs de ses malades, et trois seulement ont subi une troisième opération.

Parmi les observations qui suivent, deux uréthrotomies ont été pratiquées par le Trélat. Nous les avons relatées néanmoins, les résultats de l'opération étant absolument identiques à ceux obtenus par l'instrument de Civiale.

IV

OBSERVATIONS

Observation Première

(Recueillie par M. Vedel dans le service de M. le professeur Tédénat.)

Rétrécissement blennorrhagique sous forme de bride et fistule périnéo-scrotale. — Uréthrotomie au Civiale. — Guérison.

N... (Émile), quarante-sept ans, négociant en vins à Paulhan.
Entré le 25 mai 1893, salle Bayle, n° 7.

Antécédents. — A l'âge de vingt ans, blennorrhagie. Très mal traitée, écoulement pendant trois ou quatre mois.

Rien du côté des corps caverneux, des épидidymes, de la vessie, de la prostate. Pas de syphilis.

Il y a quatre ans, sans cause efficiente connue, réveil de la blennorrhagie se traduisant par goutte matinale et mictions plus fréquentes.

Depuis lors, les écarts de régime augmentent le suintement uréthral; de plus, il urine sept à huit fois le jour, deux fois la nuit, sans douleur concomitante; le jet diminuant de volume, s'est fait passer des béniqués à plusieurs reprises, jusqu'au n° 54.

Depuis un an, n'éjacule pas, le sperme sort en bavant après le coït. A eu, il y a dix-huit mois, un petit abcès urinaire qui a produit une fistule encore aujourd'hui perméable et qui s'ouvre à la racine du scrotum du côté droit.

Il y a un mois, pendant deux jours, bilatéralement, gonflement douloureux des bourses.

Tempérament nerveux, un peu d'alcoolisme, artères petites, dures, sueurs des pieds. Aurait eu, il y a quatre ans, un peu de néphrite interstitielle dont on ne retrouve plus actuellement la trace. L'état général est bon.

Pisse 7 à 8 fois le jour, 2 fois la nuit. Pas d'albumine dans les urines, jet très diminué, fin, bifurqué. Retient difficilement les urines ; ne souffre pas, mais fait effort pour expulser les dernières gouttes, qui sortent en bavant.

27 mai. — Après lavages préalables de l'urèthre matin et soir au permanganate, l'exploration du canal montre qu'il existe très nettement une bride épaisse au niveau de la partie moyenne de la portion scrotale de l'urèthre.

La sonde à boule Guyon, n° 21, est arrêtée à ce niveau, et avec des boules plus petites on sent le ressaut, le n° 19 passe.

30. — On incise profondément la bride avec le Civiale et l'on place à demeure une sonde n° 18, lavage au nitrate à 1/1500 matin et soir, on injecte du nitrate dans la vessie. On prescrit le régime lacté.

31. — Apyrexie complète, pas de douleur. La sonde fonctionne bien. Les urines sont abondantes et propres, très légèrement teintées par quelques gouttes de sang.

1^{er} juin. — État général parfait. On enlève la sonde à demeure qui est restée quarante-huit heures, on continue les lavages au nitrate. Régime lacté, cachets de benzo-naphthol, tisanes. Traitement institué depuis l'entrée du malade.

4. — On supprime les lavages au nitrate d'argent et l'on permet l'alimentation mixte. Le malade ne souffre aucunement, pisse largement, et commence à se lever. Apyrexie complète.

7. — Séance de Béniqué ; on arrive jusqu'au 52. On sent encore un peu la bride que l'on abat par le cathétérisme.

12. — Béniqué 58, fistule à peu près complètement tarie.

Sort le 13. Il vient se faire passer des Béniqués.

21. — On passe le Béniqué 57 facilement. On sent toujours un peu de relief à la place de la bride. La fistule qui transude légèrement est cautérisée au crayon de nitrate. Le malade pisse très bien sans douleur aucune.

27. — Béniqué 58, la fistule est fermée.

M. Tédénat a revu le malade le 10 juillet ; l'urèthre est souple et admet le 60 de Béniqué, fistule fermée, plus aucune trace de la bride.

Observation II

(Recueillie dans le service de M. le professeur Tédénat)

Rétrécissements blennorrhagiques pénien et bulbaire étroits. — Plusieurs attaques de rétention d'urine. — Uréthrotomie par Maisonneuve et le Trélat. — Guérison.

Stam..., âgé de vingt-huit ans, né à Chios, capitaine de navire marchand, fortement constitué, n'a eu d'autres maladies que les suivantes :

Blennorrhagie intense en novembre 1888, irrégulièrement soignée, compliquée d'urétrorragie. Au printemps de 1892, la goutte militaire persistait, la miction était fréquente et pénible. En janvier 1893, dans un port anglais, le malade but de la bière en excès et eut une rétention complète d'urine. Le cathétérisme fut difficile. En août de la même année, à Constantinople, nouvelle rétention complète nécessitant le cathétérisme. Depuis lors, les mictions sont de plus en plus fréquentes (15 à 20 par vingt-quatre heures) ; l'urine sort par petits jets. Plusieurs accès de fièvre urinaire.

Le malade entre le 16 décembre 1893 à l'hôpital suburbain, dans le service de M. le professeur Tédénat.

Depuis cinq jours il est au régime lacté et prend 2 grammes de salol par jour.

17 décembre. — Purgatif, irrigation de l'urèthre avec une solution de nitrate d'argent à 1/1500, fine bougie à demeure. M. Tédénat a constaté un rétrécissement n° 10 à la partie moyenne de la portion pénienne, long de 2 centimètres, sensible à l'extérieur, sous forme d'un nodule dur. Rétrécissement bulbaire filiforme difficile à franchir.

19. — Irrigation antiseptique de l'urèthre. Uréthrotomie au Maisonneuve, lame sur la concavité.

Section complète du rétrécissement pénien sur la paroi inférieure avec le Civiale. Sonde 17 à demeure. Hémorragie insignifiante.

24. — La sonde a été enlevée le 21 au matin; le malade urine largement, sans douleur, pas de fièvre. Il quitte l'hôpital.

9 janvier. — Le malade revient à l'hôpital; il urine facilement 4 ou 5 fois dans les vingt-quatre heures. Aucun écoulement, grâce peut-être au lavage quotidien (nitrate d'argent 1/1000).

M. Tédénat passe aisément sans rencontrer d'obstacles, une bougie à boule 23, et introduit les béniqué 46, 48, 50, 52.

10. — Le malade retourne à son bord très bien portant, et très satisfait du résultat obtenu.

Observation III

(Recueillie par M. Vedel dans le service de M. le professeur Tédénat.)

Rétrécissement blennorrhagique. — Brides péniennes multiples. — Uréthrotomie interne par le Civiale. — Hémorragie légère.

Da.... (Pierre), vingt-cinq ans, employé dans un magasin de vin.

Entré le 13 février 1893, salle Bouisson, n° 18.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Excellente santé habituelle. Blennorrhagie il y a un an. Traitée très bien par balsamiques et injections diverses. Passée à l'état chronique, dure encore. La chaudepisse était cordée au début. Quelques hématuries provoquées par tentatives de redressement. Quatre mois après le début, pendant quelques jours, accident de cystite. Pissait très souvent, avec douleur très vive. Expulsion de caillots sans crises. Est entré à cette époque à l'hôpital d'Oran, le jet de l'urine était déjà rétréci.

On a guéri la cystite et traité un rétrécissement au début par le passage de quelques sondes.

A fait un deuxième séjour il y a cinq mois, pendant lequel on est arrivé au béniqué 38. Troisième séjour, il y a deux mois. Béniqué 39.

N'a jamais présenté orchite ou prostatite.

État actuel. — État général excellent. Pisse toutes les deux heures le jour ; se lève trois à quatre fois la nuit.

La pression du canal au réveil fait sourdre quelques gouttes de pus. A tout moment de la journée, on peut ramener facilement, au niveau du méat, une goutte louche, collante au doigt.

L'exploration de l'urèthre montre qu'il existe une série de rétrécissements péniens formant brides épaisses ainsi qu'un certain degré (n° 15) de rétrécissement bulbo-membraneux.

L'urine renferme de gros flocons muqueux qui se déposent au fond des verres.

18 février. — Urines, 1,150 grammes. D. 1,024. Acides. Urée 25,4.

20. — Urines, 1,400 grammes. D. 1,019. Alcalines. Urée, 21,3. Sucre, 0. Albumine, traces non dosables.

Depuis l'entrée, acide borique et benzo-naphtol à l'intérieur.
Lavages matin et soir au permanganate 1/4000.

Du 24 au 27. — Régime lacté. Le 26, purgation.

27. — Uréthrotomie interne avec l'instrument de Civiale, un peu d'hémorragie. Les brides incisées empêchent l'introduction d'une sonde Vergne n° 16. On laisse le canal sans sonde.

Lait, benzo-naphtol matin et soir. Lavage de l'urèthre.
Nitrate d'argent 1/2000.

28. — Pas de fièvre. Urines abondantes teintées de sang. La verge est œdématisée; épanchement sanguin; on la maintient élevée sur et sous des compresses antiseptiques. Léger suintement sanguin par le méat.

1^{er} mars. — Pas de fièvre. Urine bien, ne souffre pour uriner qu'après les lavages au nitrate, que l'on continue jusqu'au 3 mars.

5. — Œdème de la verge a disparu; plus de sang au méat. Pas de fièvre, pas de douleur. Mictions faciles à plein jet.

Alimentation ordinaire.

8. — Purgatif.

9. — Séance de béniqué. On passe facilement le n° 50. Les mictions sont larges, mais elles se produisent encore cinq à six fois le jour, trois fois la nuit, sans douleur.

12. — Béniqué 52.

16. — Béniqué 51.

19. — Béniqué 52. Le malade continue à présenter une goutte matinale, malgré lavage au permanganate. On fait instillation nitrate d'argent 1/50.

Du 22 au 25, grippe légère qui se traduit par une température 39°2 le 23.

Depuis le 26, on fait une séance de béniqués toutes les semaines. Le 52 passe toujours avec la même facilité. Deux fois par semaine, instillation nitrate 1/50. Tous les jours, lavage au permanganate.

15 avril. — Urines claires. Pisse large cinq à six fois par jour, deux fois la nuit.

La vessie, souple, se laisse facilement distendre. Il existe toujours, le matin, un peu de suintement au méat.

Le 30 avril, on substitue au permanganate et aux instillations de nitrate des lavages au sublimé. L'urèthre admet facilement les n^{os} 53, 54.

Le 10 mai, la guérison est à peu près complète. Urines claires, abondantes, émises sans douleur. Le malade pisse quatre fois en moyenne dans la journée, et, le plus souvent, pas du tout dans la nuit. On n'observe plus de goutte spontanément apparente le matin, mais la pression de l'urèthre, soutenue de bas en haut, amène encore une goutte de sérosité louche.

Le malade sort le 14, en excellent état.

Observation IV

(Recueillie dans le service de M. le professeur Tédénat, par M. Lassalle, chef de clinique chirurgicale.)

Rétrécissement large de la portion pénienne de l'urèthre. — Uréthrotomie par le Civiale.

B... (Étienne), âgé de trente-six ans, entré le 1^{er} novembre 1893.

Antécédents personnels. — Une première chaudepisse, il y a neuf ans, dont l'écoulement dura neuf jours. Pas d'urétrorragie. Le malade n'a pas fait d'injections. Pas de goutte militaire appréciable.

Seconde chaudepisse il y a cinq ans. Durée de l'écoulement, vingt jours. Pas de chaudepisse cordée. Pas d'uréthroragie et très peu de douleurs. Le malade a fait deux ou trois injections.

Depuis cette dernière, le malade est obligé de forcer pour pisser. Trois à six fois dans le jour, et pas la nuit.

Il y a deux mois, un matin, au saut du lit, le malade a été pris de rétention d'urine ayant nécessité le cathétérisme avec une sonde en gomme très fine. On a retiré un demi-litre d'urine. Le 21 août 1893. M. Tédénat a prescrit la dilatation progressive avec bougies coniques en gomme. Les n° 12, 13, 14, 15 passent. Le malade se sondait régulièrement tous les deux jours. Le 31 octobre, M. Tédénat a pu passer le n° 21 de la filière Charrière.

Etat actuel. — État général assez bon. Il est athéromateux. État local: le malade pisse trois à quatre fois par jour, pas la nuit. Dépôt purulent assez abondant dans le vase contenant les urines. Une goutte de pus apparaît au méat, quand on presse sur l'urèthre.

A l'exploration du canal, on trouve un rétrécissement large au niveau de la région pénienne.

2-3. — Préparation du malade. Tisanes diurétiques, injection au sublimé au vingt-millième.

Samedi, 4 novembre. — Uréthrotomie avec le Civiale. Pas d'hémorragie, sonde à demeure n° 16.

Lundi, 6. — On enlève la sonde et on continue les lavages au sublimé au vingt-millième.

11. — On passe très facilement les béniqués n°s 44, 46, 48, 49 et 51, et le malade sort.

Observation V

(Recueillie dans le service de M. le professeur Tédénat, par M. Villard-

Rétrécissement blennorrhagique large de l'urèthra. — Fistule périnéale ancienne. — Absès urineux récent. — Uréthrotomie interne au Maisonneuve et au Trélat. — Dilatation consécutive (jusqu'au n° 60 Béniqué). — Guérison.

R... (Louis), trente ans, charpentier, entre le 18 octobre 1893, salle Broussais, n° 10, service de M. le professeur Tédénat.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Depuis l'âge de vingt ans, a de temps en temps des fièvres intermittentes. Dans sa jeunesse, rougeole, scarlatine, otorrhée qui persiste encore, mais très atténuée.

La blennorrhagie date de l'âge de vingt-quatre ans; elle a duré un mois environ et a été assez forte; elle s'est accompagnée d'une orchite double. Elle a été traitée par des injections au bismuth et des tisanes diurétiques.

A l'âge de trente ans, il a contracté une seconde blennorrhagie; la période aiguë aurait été très longue, six mois environ, avec écoulement abondant et douleurs très vives; chaudière cordée vers le sixième mois, pendant un mois environ; la corde s'est rompue dans le coït, ce qui a déterminé une douleur très vive et une uréthrorragie abondante qui s'est rapidement arrêtée. Cette blennorrhagie a été traitée par les balsamiques à l'intérieur, et les solutions de nitrate d'argent à 1/500.

Cette blennorrhagie n'a jamais complètement guéri; il y a

toujours un peu d'écoulement, goutte le matin. Pas de douleur dans la miction.

Maladie actuelle. — Début un an environ après la seconde chaudepisse, six mois après la rupture de la corde. La difficulté de la miction a été d'abord très légère, mais elle a rapidement augmenté. Le malade était obligé de faire de grands efforts, surtout au début de la miction; douleurs assez vives à la fin de la miction; légère fréquence des mictions (4 à 5 le jour, 4 la nuit).

Les urines ont été troubles avant tout cathétérisme; pas d'accès de fièvre.

Au mois de mars 1893, la difficulté pour pisser est augmentée; il a été, à cette époque, sondé avec des bougies en gomme assez volumineuses. Pendant ce mois de mars, il a eu un abcès urinaire gros comme un œuf de poule; quinze jours après son apparition, il a été ouvert; il en est sorti un pus fétide, et pas d'urine. Depuis lors il a eu plusieurs accès de fièvre urinaire. Il a été traité par des cataplasmes et des bains de siège; mèches dans l'abcès.

L'abcès a été guéri au bout d'un mois environ, mais il a persisté une fistule urinaire qui laisse passer un peu d'urine au moment des mictions, et qui de temps en temps donne lieu à un léger écoulement purulent.

Le malade a coutume d'être cathétérisé avec des bougies de plus en plus grosses, ce qui a produit une amélioration; depuis quatre mois il pisse assez bien. Malgré cela, il a de temps en temps des accès de fièvre urinaire (une ou deux fois par mois).

Depuis un mois environ, il s'est formé un nouvel abcès urinaire à la partie antérieure et droite du périnée. Pendant sa période de progression, il a eu tous les deux jours environ un accès de fièvre. L'abcès, qui était plus gros qu'un œuf de poule, s'est ouvert spontanément le jour de son entrée.

Ce jour-là (18 octobre), on constate au-dessous de la bourse droite un abcès qui s'est vidé par un tout petit pertuis et que l'on ouvre largement; de plus, avec une curette, on nettoie cette cavité dont les parois sont formées de tissu sphacélé; lavage abondant, gaze à l'intérieur. En arrière de cet abcès, et un peu en avant de l'anus, est l'orifice de l'ancienne fistule.

L'urèthre est exploré après avoir été soigneusement lavé. On introduit une bougie en gomme n° 14, et une bougie béniquée n° 32 (n° 16 filière Charrière). A partir du cul-de-sac du bulbe, on sent un canal induré, irrégulier. Urines troubles; pas d'albumine. Rien du côté des reins.

On donne 2 grammes de benzo-naphtol, 4 grammes de borate de soude et 0 gr. 20 de naphtol dans de la tisane d'*uva ursi*; on fait tous les jours des lavages de l'urèthre avec une solution de sublimé à 2/1000; on met des compresses antiseptiques en permanence sur le périnée, à travers lequel passe une partie de l'urine. Purgatifs, lavements purgatifs et boriqués. Bains de siège.

30 octobre. — Après avoir lavé l'urèthre avec grand soin, on fait une uréthrotomie interne avec l'appareil de Maisonneuve. On passe sur le conducteur une sonde à bout coupé, mais on sent encore les brides qui n'ont pas été coupées. On fait alors une nouvelle uréthrotomie sur la paroi inférieure avec l'uréthrotome de Trélat; sonde à demeure à bout coupé n° 16. Nouveau lavage de la vessie. Le soir, injection dans la vessie d'une solution de nitrate d'argent à 1/1500.

31. — La sonde fonctionne bien; pas de fièvre. Lavage le matin et le soir avec la solution de nitrate au 1/1500.]

1^{er} novembre. — On enlève la sonde après avoir rempli la vessie avec ladite solution de nitrate d'argent; on continue d'en injecter au fur et à mesure qu'on retire la sonde, de façon à bien laver le canal.

2. — Va très bien ; pas de fièvre.

11. — On passe des bougies béniquées, n^{os} 40-48.

16. — On passe des bougies béniquées, n^{os} 45-54.

Les fistules périnéales laissent encore couler l'urine en assez grande quantité, surtout la postérieure, la plus ancienne.

20. — On passe des bougies béniquées, n^{os} 48-56.

24. — On passe des bougies béniquées, n^{os} 49-57.

L'urine ne coule presque plus par les fistules périnéales ; cautérisation au nitrate d'argent.

28. — Béniqués, n^{os} 49-59.

2 décembre. — Béniqués, n^o 50-59.

6. — Béniqués, n^{os} 52-60. Le n^o 60 (0^m,01 de diamètre) passe en forçant un peu, mais cependant sans grandes difficultés.

10. — Béniqué, n^o 52-59.

Les fistules périnéales ne donnent passage qu'à quelques gouttes d'urine. Cautérisation au nitrate d'argent.

14. — Béniqués, n^{os} 52-59 (neuvième séance).

Les fistules périnéales sont à peu près fermées.

Exéat. — Le malade pisse très bien ; le jet est large, projeté très loin ; pas de douleurs en urinant. Léger mouvement par le périnée au moment des mictions.

Observation VI

(Recueillie dans le service de M. le professeur Tédénat, par M. Vieu)

Rétrécissement cicatriciel siégeant à la partie moyenne de la portion pénienne et consécutif à la rupture de la corde. — Section avec l'uréthrotome de Civiale. — Guérison rapide.

Pierre M..., âgé de vingt-neuf ans, entre le 9 juin 1891 dans le service de M. Tédénat. Blennorrhagie légère à vingt-

trois ans, traitée par le copahu, sans injections, et guérie en trois mois. Seconde blennorrhagie au mois de décembre 1890, violente et cordée. Le malade, croyant se guérir plus rapidement, rompit la corde par redressement forcé. Hémorragie assez abondante pendant trois ou quatre heures. L'écoulement diminua, grâce peut-être à des injections de permanganate, mais il persista un suintement. En février 1891, le jet d'urine diminua de volume. Miction dix à douze fois le jour, un peu pénible, assez souvent accompagnée, vers la fin, de quelques gouttes de sang. Le malade entre le 9 juin à l'hôpital suburbain; il urine goutte à goutte, et, après la miction, il rend souvent un peu de sang.

12 juin. — Depuis son entrée, le malade est soumis au régime lacté, à des injections au sublimé corrosif (1/25000) destinées à aseptiser l'urèthre, qui est le siège d'un léger écoulement. Aujourd'hui, M. Tédénat constate à cinq centimètres du méat un rétrécissement dur, laissant passer à frottement une bougie n° 12 de Charrière. Il mit à demeure une bougie n° 9.

14. — La bougie a été bien supportée et a rendu la miction plus facile. Irrigation au sublimé. Section sur la paroi inférieure avec l'uréthrotome de Civiale. Écoulement sanguin presque nul. La bougie à boule n° 22 passe sans peine et arrive dans la vessie. Elle sert à faire une instillation de XV gouttes de solution de nitrate d'argent à 1/100 dans l'urèthre antérieur. Une sonde n° 17, coupée à ses deux extrémités, est mise à demeure.

16. — Sonde enlevée. Température au-dessous de 37°6. Pas d'hémorragie. Miction large.

26. — Le malade urine bien. Irrigation quotidienne avec la solution de sublimé à 1/25000. Aujourd'hui, M. Tédénat introduit les bougies de Béniqué, 42, 44, 48, 50.

29. — M. Tédénat introduit les béniqués 50, 52, 53. Miction facile, sans douleurs.

30. — Instillation dans le cul-de-sac du bulbe de X gouttes de solution de nitrate d'argent à 1/50.

2 juillet.—Instillation de nitrate d'argent. Béniqués 51, 53. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri, le 5 juillet.

Observation VII

(Recueillie dans le service de M. le professeur Tédénat
par M. Lassalle, chef de clinique chirurgicale.)

Rétrécissement scléro-cicatriciel de la portion pénienne, et inflammatoire de la portion bulbaire de l'urèthre. — Uréthrotomie par le Civiale et uréthrotomie complémentaire par le Maisonneuve.

Gabriel A., âgé de vingt-six ans, entre le 31 octobre 1893.

Antécédents personnels. — Une première chaudepisse, il y a six ans, dont l'écoulement dura trois mois. Pas d'uréthrorragie; elle fut traitée par le santal et des injections, et guérit sans laisser de goutte militaire.

Deuxième chaudepisse il y a quatre ans, dont l'écoulement dura trois à quatre mois. Pas de grandes douleurs. Pas d'uréthrorragie, traité aussi par le santal et des injections. Pas de goutte militaire, même après cette seconde chaudepisse.

Troisième chaudepisse, il y a deux ans; l'écoulement ne s'est jamais arrêté, jour et nuit. Douleur à la fin de la miction.

Il y a huit mois, pendant une érection, il s'est produit une uréthrorragie abondante; deux ou trois mois après, mictions difficiles nécessitant un effort et durant plus longtemps que d'ordinaire, diminution du volume du jet.

État actuel. — État général bon.

État local : Le malade pisse quatre à cinq fois par nuit. Le matin, une goutte purulente sort par le méat. L'urine dépose une légère couche dans le vase.

Reins normaux.

A l'exploration du canal, on trouve un premier rétrécissement à 6 centimètres du méat, de nature scléro-cicatricielle. Un second rétrécissement de nature inflammatoire.

Les 1^{er}, 2 et 3 novembre, préparation du malade.

Samedi 4 novembre. — Uréthrotomie interne avec le Civiale du rétrécissement pénien. Uréthrotomie par le Maisonneuve du rétrécissement bulbaire. Pas d'hémorragie, sonde à demeure n° 16.

Lundi 6 novembre. — On enlève la sonde.

11. — On passe les Béniqués, n° 44 à 54, très facilement.

14. — On passe les numéros 47 à 53, et le malade sort.

CONCLUSIONS

L'uréthrotome de Civiale est un instrument précieux. Il présente les avantages suivants :

L'olive terminale permet de reconnaître le siège du rétrécissement, de façon que la lame ne peut être en contact qu'avec le point où elle doit agir.

Une seule tige, tournant sur son axe, permet des sections dans les différents sens.

La profondeur des incisions est réglée avec une grande précision et permet ainsi la section complète de l'anneau strictural.

Grâce à la saillie variable de la lame, il agit sur les sténoses même les moins accusées et les plus élastiques.

Pendant l'opération, en faisant avancer l'olive dans l'axe du canal, on limite la section exclusivement aux tissus malades ; les sections trop profondes et les hémorragies sont ainsi évitées.

Le plus grand inconvénient du Civiale, c'est d'être difficilement stérilisable, défaut commun à tous les uréthrotomes.

Il rend donc de grands services dans le traitement de certains rétrécissements d'ordre inflammatoire, tels que les rétrécissements élastiques et larges, et d'ordre cicatriciel et scléro-cicatriciel de la portion pénienne ; dans le traitement des sténoses, en forme de valvule, et dans la destruction des

brides calleuses qui accompagnent les fistules périnéo-scrotales, justiciables de l'uréthrotomie interne.

D'une façon générale, l'instrument de Civiale, pouvant permettre la section complète de l'anneau strictural, peut, rationnellement, prétendre à une guérison de longue durée. Le Maisonneuve est un excellent instrument, recommandable surtout par sa simplicité et son facile maniement. Il ne peut faire que des sections superficielles et serait plutôt l'instrument de l'uréthrotomie d'urgence.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALBARRAN. — Les rétrécissements larges de l'urèthre (Annales des maladies des organes génito-urinaires, octobre 1893).

BAZY. — Maladies des voies urinaires.

— De l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires (Sem. méd., 5 mai 1890, n° 10, p. 73).

BOUILLY. — Manuel de pathologie externe, t. IV.

CHARLIN. — Nouvel uréthrotome (Soc. de chirurgie, avril 1893).

CHOPART. — Traité des maladies des voies urinaires, 2 vol.

CIVIALE. — Traité pratique des maladies des voies urinaires, 3 vol.

— De l'uréthrotomie interne.

COCTEAU. — Des fistules uréthrales.

DELACALLE. — Contrib. à l'étude des rétrécissements larges, 1893.
(Th. Paris).

DELEFOSSE. — Leçon clinique sur l'uréthrotomie interne.

— Pratique de la chirurgie des voies urinaires.

— La pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires.

DESNOS. — Congrès de chirurgie, 1893.

— Traité pratique des maladies des voies urinaires.

DESNOS et KERMISSON. — Art. Rétrécissement de l'urèthre (Dict. encycl. des sc. méd.).

DOLBEAU. — Uréthrotomie. Levé de 37 opérations (Soc. de chirurgie, 27 mai 1863).

FORGUE. — Thérapeutique chirurgicale.

— Rétrécissement de l'urèthre (Traité de chirurgie de Duplay et Reclus).

— Appareil pour stériliser les sondes par l'acide sulfureux (Bul. Soc. ch., mai 1893).

FURBRINGER. — Traité des maladies des voies urinaires.

FOURCAUD. — Stérilisation et conservation des instruments en gomme (Thèse de Bordeaux).

- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.
— Traitement des fistules périnéales et périnéo-scrotales (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1889).
- GROS et VAUTRIN. — Pathologie et clinique chirurgicales.
- GRÉGORY. — De la méthode sanglante dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.
- HAMONIC. — Traité des rétrécissements de l'urèthre.
- HARRISSON. — Des causes de quelques formes de fièvres urineuses dans la pratique chirurgicale.
- HARTMANN. — L'uréthrotomie interne (Gazette des hôpitaux, janvier 1885).
- LEGUEU et CESTAN. — Des indications opératoires dans les rétrécissements de l'urèthre (Annales des maladies des organes génito-urinaires, septembre 1893).
- LE DENTU, TRÉLAT, HORTELOUP, GUYON. — Trait. des rétrécissements de l'urèthre (Bulletin de la Société de chirurgie, 1886).
- MALECOT. — Congrès de chirurgie, 1892.
- MARTINET. — Etude clinique sur l'uréthrotomie interne (Th. Paris, 1876).
- MARTIN. — Etude clinique sur le traitement de quelques complications des rétrécissements de l'urèthre (Th. Paris, 1875).
- OTIS. — Stricture of mal. urethra (New-York, 1878).
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- PICARD. — De l'utilité de l'uréthrotomie interne (Ann. des maladies des organes génito-urinaires, 1889).
- PERRIN (Maurice). — De l'uréthrotomie interne (Soc. de chirurgie, 1865).
- PEYNAUD. — De l'uréthrotomie interne dans l'Hôpital du Midi (Th. de Paris, 1861).
- REYBARD. — Traité des rétrécissements.
— Procédé nouveau pour guérir les rétrécissements de l'urèthre, 1853).
- RICHELOT. — Sur quelques indications de l'uréthrotomie interne. (Bull. de la Soc. méd. de l'Yonne, 1886).
- RELIQUET. — Traité des opérations sur les voies urinaires.
— De l'uréthrotomie interne (Th. de Paris, 1865).
- REVERDIN. — De l'uréthrotomie interne (Th. de Paris, 1870).

- SOUTHAM. — L'emploi des antiseptiques dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'uréthrotomie interne (Lancet, 1er juin 1890).
- SCHWARTZ. — La pratique de l'asepsie et de l'antisepsie.
- THOMPSON. — Leçons cliniques.
— Traité pratique des maladies des voies urinaires.
- TUFFIER. — Contribution à l'antisepsie urinaire (Ann. des maladies des voies urinaires).
- TÉDENAT. — Des rétrécissements de l'urèthre (Montp. méd., 1886).
- TILLAUX. — Chirurgie clinique.
— De l'uréthrotomie (Th. de Paris, 1863).
- TRÉLAT. — Uréthrotomie interne (Soc. de chirurgie, mai-juin 1862).
— Clinique chirurgicale, 3 vol.
- TILDEN. — 19 opérations d'uréthrotomie interne (Boston medical and surgical Journal, octobre 1883).
- VINAY. — Manuel d'asepsie et antisepsie, 1891.
- VOILLEMIER. — Maladie des voies urinaires, 2 vol.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 10 janvier 1894.

Le Recteur,
J. GÉRARD.

Vu et approuvé:
Montpellier, le 9 janvier 1894.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
